UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1902-1903 N° 498

ESTHIOMÈNE

ET

LYMPHANGIOME

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Décembre 1902

PAR

L. LONGEAU-LAGRANGE

NOMS DES EXAMINATEURS { MM. AUDRY, *Président.* ; BÉZY, AUDEBERT, BAUBY, } *Assesseurs.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE M. CLÉDER
28, RUE DE LA POMME, 28

1902

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1902-1903 N° 498

ESTHIOMÈNE

ET

LYMPHANGIOME

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Décembre 1902

PAR

L. LONGEAU-LAGRANGE

NOMS DES EXAMINATEURS { MM. AUDRY, *Président.* ; BÉZY, AUDEBERT, BAUBY, } *Assesseurs.*

ACAD. MED. BAT. BIBL.

TOULOUSE
IMPRIMERIE M. CLÉDER
28, RUE DE LA POMME, 28
1902

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie
DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM.	CAUBET
Assesseur		FRÉBAULT.

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	CHARPY.
Histologie normale		TOURNEUX.
Physiologie		ABELOUS.
Anatomie pathologique		TAPIE.
Pathologie et Thérapeutique générales		HERRMANN.
Pathologie interne		ANDRÉ.
Pathologie externe		PÉNIÈRES.
Médecine opératoire		LABÉDA.
Thérapeutique		SAINT-ANGE.
Hygiène		GUIRAUD.
Clinique médicale		CAUBET. MOSSÉ.
Clinique chirurgicale		JEANNEL. CHALOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		AUDRY.
Clinique des maladies mentales		RÉMOND.
Pharmacie		DUPUY.
Chimie et Toxicologie		FRÉBAULT.
Matière médicale		BRÆMER.
Histoire Naturelle		LAMIC.

CHARGÉS DE COURS

Anatomie topographique	MM.	SOULIÉ.
Physique		MARIE.
Chimie		ALOY.
Histoire naturelle		SUIS.
Médecine légale		GUILHEM.
Bactériologie		MOREL.
Clinique des maladie des enfants		BÉZY.
Clinique obstétricale		AUDEBERT.
Clinique ophtalmologique		FRENKEL.
Hydrologie		GARRIGOU.
Pathologie expérimentale		MAUREL.
Cours théorique d'obstétrique aux sages-femmes		AUDEBERT.
Cours élémentaires aux sages-femmes		N...

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Pathologie interne et Médecine légale	MM.	MOREL. RISPAL. FRENKEL.
Chirurgie		BAUBY. CESTAN.
Accouchements		AUDEBERT.
Anatomie et Histologie		SOULIÉ.
Physiologie		BARDIER.
Chimie		N.
Physique		CLUZET.
Pharmacie		RIBAUT.
Secrétaire de la Faculté	M.	CHAUDRON.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération en date du 12 mai 1891).

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

PRÉFACE

Nous profitons de l'occasion qui nous est offerte, par la présentation de notre thèse inaugurale, pour remercier les professeurs qui ont participé à notre éducation médicale.

D'une façon spéciale, nous sommes reconnaissant à M. Audry, professeur à la clinique de syphiligraphie et de dermatologie, qui a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse et qui s'est mis avec tant de bienveillance à notre disposition, pour les recherches qu'il nous était impossible de faire nous-même.

Que MM. Bézy, Audebert, Bauby reçoivent aussi l'assurance de notre reconnaissance, pour les excellents conseils qu'ils ont bien voulu nous prodiguer pendant notre stage dans leurs cliniques respectives. Nous espérons que le jury tiendra compte de nos faibles moyens, de l'effort que nous avons apporté à notre travail et qu'il jugera avec indulgence les quelques pages que nous avons produites.

En finissant, nous ne pouvons oublier MM. les chefs de clinique Sarda, Dalous et Buy, pour les bons conseils qu'ils ont bien voulu nous donner.

INTRODUCTION

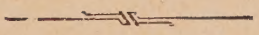
Nous avons eu l'occasion d'observer, à la clinique de dermatologie et de syphiligraphie de Toulouse, une jeune femme atteinte d'esthiomène anno-recto-vulvaire, elle nous a paru intéressante à différents points de vue. Ce qui a d'abord attiré notre attention, c'est la présence des altérations cutanées qu'elle présentait au pourtour de l'ulcération. L'examen microscopique fit découvrir que ces altérations cutanées, d'aspect vésiculaire, avaient une structure lymphangiomateuse. Une telle constatation était faite pour confirmer, de la manière la plus éclatante, une théorie émise assez récemment, au sujet de la pathogénie de cette peu commune lésion.

Nous nous proposons donc dans ce travail :

1° De résumer les grands traits de l'histoire de l'esthiomène ;

2° D'étudier, d'une manière spéciale, le rôle de la stase veineuse dans sa pathogénie ;

3° Nous serons amené incessamment à étudier un point actuellement très discuté dans la pathogénie des lymphangiomes. Et après avoir consacré un précédent chapitre à l'étude du rôle de la stase lymphatique dans la pathogénie de l'esthiomène, nous verrons quelle influence cette même stase lymphatique peut exercer sur l'apparition du lymphangiome.



CHAPITRE PREMIER

Description Générale Clinique de l'Esthiomène

L'esthiomène (du grec ἐσθίω, je dévore), est une lésion ulcéreuse hypertrophique polymorphe localisée à la région vulvo-anale et caractérisée par la torpidité de sa marche, le bon état général de la malade contrastant avec l'étendue des lésions, leur aspect dégoûtant, l'odeur infecte qui s'en dégage et les infirmités dont elles sont cause.

Historique. — L'esthiomène est une maladie connue depuis peu de temps en médecine et il ne faut remonter que jusqu'en 1844 pour trouver un chapitre de Desruelles qui la dénomme « hypertrophie particulière de la vulve ». — Le titre seul, peu compromettant, fait voir l'ignorance de l'auteur, qui semble chercher à attirer l'attention sur ce qui lui semble une lésion nouvelle.

Huguier, en 1848, sous le titre « ulcérations chroniques de la vulve accompagnées d'hypertrophie éléphantiasique des parties avoisinantes »,

donne une très bonne description de la maladie, croit à sa nature tuberculeuse et le rapproche du lupus de la face.

Bernutz et Fiquet se fient sur l'apparence des lésions lupiques et esthioméniques pour en faire une seule et même maladie à localisation différente.

Les Anglais A. Macdonald et M. Duncan assimilent également l'esthiomène au lupus ; il est, d'ailleurs, utile de noter que, dans l'esprit de ces auteurs, lupus ne veut point dire tuberculose cutanée, mais bien ulcération.

Jacobi considère l'esthiomène comme le vestige d'un chancre mou.

Dubreuilh, Brau, Koch, Walker, Verchère et Bandler ne croient pas à la spécificité de l'esthiomène. Pour eux, c'est une ulcération entretenue par les mauvaises conditions locales et générales.

Description. — Les lésions sont généralement de deux sortes : les ulcérations et l'hypertrophie éléphantiasique ; bien qu'Huguier ait essayé d'établir une classification et qu'il eût décrit des lésions superficielles, perforantes et hypertrophiques, en réalité, la distinction est difficile à établir et ces lésions coexistent toujours. Les points de prédilection des ulcères sont : la commissure postérieure de la vulve, le pourtour du

méat uréthral, le sillon qui sépare les grandes des petites lèvres ou celui qui sépare celles-ci des caroncules myrtiformes. Les muqueuses anale et uréthrale sont souvent atteintes, bien que la vaginale soit respectée (pour notre cas, il y avait chancre anal). Au début, les ulcères peu profonds, larges de deux à trois centimètres, laissent apercevoir un fond rouge, teinté de jaune, et d'où s'écoule lentement un ichor fétide. Peu à peu, les bords de l'ulcère s'infiltrent, se durcissent, s'élèvent, deviennent méandreux ; l'ulcération qui tout à l'heure s'étalait, n'est plus qu'à peine perceptible au fond de la gorge que lui forme ses bords indurés. La sécrétion, toujours lente, fétide, continue à s'effectuer.

Cependant, l'état général est bon, la malade continue à vaquer à ses occupations qui sont en général d'ordre vénérien et, parfois abrutie par l'alcool, peut même ne pas s'apercevoir de l'ignoble mal qui la ronge.

Les lésions éléphantiasiques qui, jusque là, n'avaient joué qu'un rôle secondaire, apparent seulement pour le clinicien prévenu, prennent alors un rôle prédominant et cachent, par leurs difformités énormes, les lésions ulcéreuses primitives. C'est d'abord le clitoris qui devient énorme, atteint le volume d'une noix, d'une pomme, et prend, muni de son capuchon, les

formes les plus singulières. Puis, les grandes et les petites lèvres s'hypertrophient à leur tour, en même temps qu'elles s'indurent.

A côté, apparaissent des tumeurs qui peuvent être confluentes ou séparées, elles sont sèches, polypiformes, atteignant le volume d'un pois et sont pâles, violacées. La peau du périnée est empâtée et forme des plis radiés.

Les tumeurs naissent surtout près des orifices, même à leur entrée, de sorte que les sphincters, alors qu'ils ne sont pas atteints, ne peuvent plus se fermer, un obstacle mécanique s'y opposant.

A cette description générale qui, en grande partie, s'inspire de la pratique dermatologique(1), (article de Dubreuilh), à laquelle nous renvoyons, pour plus amples renseignements, nous ajouterons la présence de petites vésicules à aspect perlé qui seront décrites plus loin. Le diagnostic en a été fait par MM. Audry et Dalous, sous le nom de lymphangiomes simples ; nous ne les avons trouvées décrites nulle part ailleurs. Elles nous ont fourni, de ce chef, le sujet de notre travail.

Etiologie. — L'esthiomène atteint, en général, de jeunes femmes. C'est de vingt à quarante ans, période la plus active de la vie génitale, que le sclérème fait son apparition. Il est à noter

(1) Besnier, Brocq et Jacquet. — *La pratique dermatologique*, t. II.

que dans presque toutes les observations relevées, les auteurs notent qu'ils ont découvert la lésion sur de jeunes, grandes et fortes femmes, Koch n'oublie pas même d'ajouter l'épithète de femme saine et en réalité, si ironique que paraisse ce terme, il est juste. Ces femmes, pendant longtemps, jouissent d'une bonne santé, à peine quelques-unes sont-elles anémiées. Il est vrai qu'avec la vie désordonnée qu'elles mènent, cela paraît assez naturel. C'est qu'en effet, l'esthiomène parait naître du vice et être entretenu par le vice. C'est ordinairement chez la prostituée de bas étage que l'on rencontre l'ulcère de la vulve, celle qui, après des grossesses multiples, après les atteintes de toutes les maladies vénériennes, s'adonne à l'alcool et végète, oublieuse de tout, jusqu'à sa misère même.

Toutes les maladies dont la patiente porte les stigmates ont été incriminées les unes après les autres par les différents auteurs. D'après Oberland, il est nécessaire qu'un chancre mou ait atteint la malade. Pour lui, cette seule lésion suffit à créer les ulcérations et l'éléphantiasis consécutif.

Faut-il penser avec Rille, Bandler, qu'il faut que la syphilis soit en cause et qu'il y a presque toujours un rétrécissement anal, d'origine syphilitique, avant toute autre manifestation?

Ou encore se ranger à l'opinion de Fiocco et Levi, pour qui la maladie est d'origine incertaine et qui, indifféremment, notent l'éléphantiasis ou l'ulcération comme phénomène initial?

Dubreuilh et Brau admettent l'ulcération de n'importe quelle origine d'ailleurs comme phénomène primordial et que la lymphangite n'est que secondaire. Mais, pour ces auteurs, cette lymphangite retentit à son tour sur la lésion et la rend incurable. Ils n'admettent pas d'ailleurs, dans ce chassé-croisé, la nécessité de l'obstruction lymphatique dont Koch avait noté, dans vingt observations, la présence, par suite de l'extirpation des ganglions inguinaux.

Nous nous rangeons à l'avis de ce dernier auteur et nous pensons que l'accident primitif est de nature peu importante ; ce qu'il faut incriminer ici, ce n'est pas un fait particulier. C'est une longue succession de catastrophes : la misère, la maladie, les traumatismes répétés, le métier et les vices inhérents qui sont l'alcoolisme, la malpropreté, pour laquelle la malade reste indifférente, puisqu'elle ne souffre pas.

Toutefois, il est juste de noter que le chancre simple est, de toutes les maladies vénériennes, syphilis, blennorrhagie, celle qui a été le plus souvent signalée dans les antécédents de la malade atteinte d'esthiomène. Le chancre simple

a, en effet, des aptitudes particulières pour compromettre le bon fonctionnement de la circulation lymphatique.

L'adénite étant un des symptômes capitaux de cette maladie et les interventions chirurgicales que nécessite l'extirpation des ganglions étant très communes, on voit, par suite, comme il est facile de s'expliquer le rôle étiologique important que joue le chancre simple dans l'apparition de l'esthiomène. Jacobi, d'ailleurs, admettait que l'ulcère de la vulve n'était qu'un des vestiges de la maladie causée par le bacille de Ducrey.

Anatomie pathologique de l'esthiomène. — L'esthiomène est un véritable œdème lymphatique ; il y a dilatation des vaisseaux lymphatiques et épaississement de leur paroi. Ce qui est remarquable, c'est la prolifération des fibres du tissu cellulaire et du tissu élastique.

L'épiderme est normal, il envoie quelques prolongements entre les papilles et il est infiltré de cellules migratrices.

Le derme est remplacé par un tissu de néoformation, composé de fibres conjonctives fines qui forment un feutrage imprégné de sérosité et riche en éléments cellulaires. On rencontre autour des vaisseaux des cellules fixes étoilées, des lymphocites, des plasmatzellen. On ne ren-

contre que rarement des cellules géantes. Le tissu élastique a presque disparu, l'ancienne charpente, à peu près détruite, ne subsiste que par des lambeaux déchiquetés. Les vaisseaux et les lymphatiques ont leurs parois un peu épaissies par endroits, mais elles sont généralement intactes ; quant à leur calibre, il est augmenté d'une façon sensible. Il y a des néoformations canaliculaires, les fentes lymphatiques sont pourvues de cellules. Le nombre et la dilatation de ces vaisseaux donnent à la région l'aspect de tissu caverneux, de tissu érectil. Le réseau conjonctif est hyperplasié. Il y a une nappe de tissus de granulations, formées de leucocytes et de lymphocytes, qui pénètre jusque dans le tissu musculaire. Une nombreuse flore microbienne subsiste seulement, à la surface des ulcères, mais on n'en a pas rencontré dans les tissus d'infiltration. Cependant, Walker et Barban prétendent avoir trouvé des bacilles semblables à ceux du chancre mou.

Diagnostic. — En résumant les symptômes de l'esthiomène, nous verrons que cette affection, longtemps méconnue, est une entité morbide bien définie. En effet, la localisation de ses besoins à la région anno-périnéo-vulvaire, leur étendue, leur aspect, leur marche lente, leur caractère torpide, la lenteur des sécrétions,

leur odeur infecte, la rareté des hémorragies et le manque d'inflammation aiguë pourront facilement nous permettre de distinguer le sclérème de quelques affections dont nous allons parler :

1° *Du chancre mou* : celui-ci a, en effet, une marche rapide ; en quelques semaines, ses lésions deviennent énormes. Les sécrétions sont très abondantes, il y a un véritable écoulement et non plus un suintement. De plus, caractère pathognomonique, la réinoculation est possible;

2° *Du cancer*, l'élément douleur ici prédomine, alors que là, il fait totalement défaut. Les hémorragies sont fréquentes dans le cancer et donnent un aspect noirâtre à l'écoulement que nous ne retrouvons pas dans l'esthiomène, où les vaisseaux ne sont presque jamais atteints ;

3° *Du syphilome tertiaire* : ici, la localisation peu habituelle de celui-ci contraste d'une manière frappante d'avec la localisation unique de l'ulcère de la vulve. La suppuration des syphilomes est aussi plus grande et les ulcères sont plus creux. Enfin, nous connaissons l'efficacité du traitement mercuriel dans la syphilis et l'incurabilité désespérante de l'esthiomène.

4° *De la tuberculose localisée à la vulve* ; bien que longtemps le lupus de la face eût été rapproché par des observateurs peu fidèles de l'esthiomène, auxquels, il faut bien le dire, il man-

quait le secours du microscope. Cependant, la tuberculose de la vulve atteint surtout l'enfant en bas âge, alors que le sclérème attend la vingtième année pour faire ses ravages. Dans la tuberculose, on rencontre généralement des fistules uréthro-vaginales, vagino-rectales, etc. Ces lésions s'observent beaucoup moins souvent dans l'ulcère de la vulve, bien qu'elles aient été signalées par Koch. On sait la fréquence de la cystite tuberculeuse, alors que jamais on n'a cité de cystite esthioménique. La tuberculose de la vulve n'est généralement que la création d'un foyer secondaire, le foyer primitif siégeant ordinairement dans le poumon;

5° *Dans la tuberculose de la vulve*, l'éléphantiasis des grandes et des petites lèvres s'accompagne d'ulcérations très douloureuses, souvent saignantes, destructives, à bords déchiquetés, décollés, un examen attentif y fait découvrir des points jaunes caractéristiques. Enfin, on y trouve des follicules tuberculeux. des bacilles de Koch, preuves indéniables de l'origine de la lésion.

L'évolution de la tuberculose de la vulve est d'une rapidité plus grande, elle gagne sans distinction les muqueuses anale, uréthrale, vaginale, alors qu'on connaît la rareté des lésions esthioméniques dans le vagin;

6° Nous devons signaler, pour être complet,

la maladie des parties génitales, signalée par Daniel, Galloway, Powel, qui a été observée seulement dans les pays chauds, qui débute par des papules qui donnent bien des ulcères, mais il y a cicatrisation. Autant de caractères qui la différencient de l'esthiomène ;

7° Enfin, l'éléphantiasis ne présente pas d'ulcère, et si l'esthiomène possède des caractères éléphantiasiques, il ne peut en rien être rapproché de cette maladie.

Pronostic. — Nous avons déjà signalé comme un des caractères remarquables de la maladie : le constrate frappant entre le tableau effrayant des lésions et la bénignité relative de la maladie. Il est de fait que les auteurs se sont complu à signaler l'apparence de bonne santé de leur malade, l'état physiologique de la plupart de leurs organes. On a mis sur le compte de l'abrutissement, causé par l'alcoolisme auquel s'adonnent la plupart des prostituées de bas étage, chez qui on rencontre l'horrible *ulcus vulvæ*, l'inconscience de leur mal. Cependant, dans nombre de cas, il n'en est pas ainsi : la malade n'est point alcoolique, elle est jeune et sait fort bien se plaindre des autres affections qui peuvent la frapper. Si la lésion esthioménique ne semble pas préocuper la patiente, c'est qu'en réalité, elle ne la fait pas souffrir.

Le pronostic, en ce qui concerne la santé générale, est donc bon ; la malade peut vivre de longues années et vaquer aux occupations qui intéressent cependant particulièrement sa lésion. Les troubles sphinctériens qui se font par obstacle mécanique et déterminent une incontinence d'urine ou de matières fécales sont les premiers phénomènes qui déterminent la malade à se consulter.

Cependant, les sécrétions infectes, les mauvaises conditions hygiéniques auxquelles la malade est astreinte pour continuer son métier, les traumatismes professionnels amènent des inflammations successives. Enfin, les causes mêmes qui ont amené la maladie peu à peu anémient la malade et la conduisent à la cachexie, terme final de la maladie.

Dans le cas où la malade aurait la chance d'être soignée au début par les moyens que nous indiquerons dans notre traitement, on pourrait, non pas espérer faire disparaître les traces des lésions existantes, mais en empêcher de nouvelles, limiter et même faire régresser les ulcérations ; empêcher, en un mot, l'infection, qui causerait la mort de la malade.

Traitement de l'ulcère de la vulve. — Nous signalerons, d'abord, les mesures de prophy-

laxie propres à prévenir l'horrible mal que nous venons de décrire.

Nous ne pouvons, dans un cadre aussi étroit que celui que nous nous sommes tracé, discourir longuement sur les mesures à prendre contre la prostitution libre. Les mesures de propreté, l'usage des antiseptiques, la facilité des consultations gratuites suffiraient, la plupart du temps, pour empêcher une simple blennorrhagie, mal si commun, et si facilement curable, de prendre les proportions que nous avons indiquées plus haut. Toutes les fois qu'une lésion d'origine vénérienne apparaîtra, le repos, la propreté la plus minutieuse seront donc indiqués naturellement, en dehors du traitement approprié. Il est probable que si ces mesures étaient suivies, cette maladie, déjà rare, deviendrait, à l'exemple de la pourriture d'hôpital, une curiosité pathologique.

Mais l'esthiomène est créé. Quels sont les moyens de curabilité mis à notre disposition, si tant est que la malade puisse guérir d'une façon absolue ?

Il est nécessaire et indispensable que la malade, non-seulement change de vie, mais qu'elle se repose d'une façon générale, c'est-à-dire que son admission dans un hôpital est nécessaire, car en même temps que la discipline la

forcera à rester au lit, elle sera entourée de tous les soins d'antisepsie indispensables en pareil cas. Ce seront, après une toilette minutieusement faite, des lavages fréquents ou plutôt des irrigations faites avec les antiseptiques divers, l'eau oxygénée en particulier.

Pour soutenir l'état général de la malade, il sera bon de faire de la suralimentatiou et de l'aération, si possible. Enfin, concurremment avec ces mesures plutôt hygiéniques, il sera bon de procéder à des curettages successifs dans les régions ulcérées et de pratiquer l'ablation des parties tuméfiées. On pourra aider la cicatrisation qui, nous l'avons vu, est toujours lente, au moyen de cautérisations fréquentes.

Pathogénie de l'esthiomène. — Nous avons vu, dans notre historique étiologique, quelles tendances les anciens auteurs ont eu à faire de l'*ulcus vulvæ* une infection microbienne. Longtemps, la tuberculose, puis la syphilis, la blennorrhagie, le cancer, le chancre mou remportèrent les suffrages. Cependant, à l'aide du microscope, on démontra que les cas où l'on rencontrait des cellules géantes, étaient l'exception, et les cas où elles faisaient défaut, la généralité. Les recherches microscopiques ne firent d'ailleurs pas découvrir, dans la lésion, le microbe connu des autres affections incriminées :

la blennorrhagie ou le chancre mou. Il est juste, cependant, de reconnaître qu'on les rencontra à la surface dans cet ichor fétide dont nous avons parlé. Mais quels microbes n'aurait-on pas trouvé dans pareil endroit, chez une femme exerçant pareil métier et avec une telle malpropreté. D'ailleurs, le caractère de torpidité éloigne toute idée d'infection. Nous savons quelles raisons nous empêchent de confondre l'esthiomène avec le processus syphilitique et cancéreux, dont, il est vrai, nous ignorons, au même titre, l'agent causal.

Il semble que la cause microbienne étant écartée, la stase lymphatique causée par les lésions ganglionnaires soit seule en cause, qu'il y ait eu ou non extirpation ganglionnaire.

CHAPITRE II

Du ROLE de la STASE LYMPHATIQUE

Dans la Pathogénie de l'Esthiomène.

Voici d'abord une analyse du travail de Frantz Koch qu'il a fait sous la direction de Jaddashon à l'hôpital de « Tous les Saints », à Breslau. Un travail de Riedel a attiré l'attention des chirurgiens sur les œdèmes persistants, c'est-à-dire sur les éléphantiasis qui peuvent apparaître après l'extirpation totale des ganglions lymphatiques. Des épaississements éléphantiasiques des organes génitaux de la femme, à la suite de lésions ganglionnaires, avaient déjà été signalés par Virchow, Mayer. A une époque plus récente, Neisser, Jacobi, Lesser et Fritsch s'en sont occupés. Mais cette hypertrophie du tissu conjonctif ne constitue réellement qu'un des effets possibles de la stase lymphatique et il faut ajouter l'ulcération chronique comme un autre résultat. Frantz Koch donne ensuite un relevé

de vingt observations empruntées au service de Jaddashon ou de Neisser. Toutes sont relatives à des femmes qui portent des ulcères chroniques de la vulve, c'est-à-dire la lésion décrite en France sous le nom d'esthiomène. Parmi ces malades, les unes ont subi des interventions plus ou moins complètes sur les ganglions inguinaux ; les autres présentent des adénopathies.

Koch donne ensuite une description de l'esthiomène et en signale des localisations, sur les grandes lèvres, près du méat urinaire, à l'anus, etc. Il insiste plus particulièrement sur les déformations éléphantiasiques et polypeuses que nous avons signalées dans notre description du chapitre précédent.

Il rappelle également les données courantes sur l'étiologie de la maladie. Il insiste au point de vue anatomo-pathologique. D'après ses propres préparations, il y aurait une infiltration diffuse du tissu conjonctif fortement épaissi. Le bord de l'ulcère est en grande partie constitué par du tissu de granulation qui s'infiltre dans la profondeur jusqu'entre les faisceaux musculaires. L'épithélium se termine brusquement, les bords de l'ulcère sont déchiquetés, taillés à pic et minés en dessous, surplombant la lésion, il n'y a pas d'épidermisation marginale. Ce tissu

de granulation présente çà et là des amas irréguliers de plasmatzellen, mélangés à des corpuscules de pus ; en beaucoup d'endroits, les noyaux sont épithéloïdes et les grains nucléaires prennent mal les colorants. Le protoplasma est diffus autour du noyau. On n'a pas observé de cellules géantes.

Reprenant l'étude de ses observations, Koch trouve que sur ces vingt malades, douze offrent dans le pli de l'aine, droite et gauche, d'énormes pertes de substance correspondant à l'extirpation de masses ganglionnaires. Dans l'immense majorité des cas, c'est la suppuration des ganglions qui a entraîné cette intervention chirurgicale. D'autre part, il faut admettre que le seul fait de l'inflammation ganglionnaire peut suffire à entraîner la stase dans le système lymphatique qui aboutit à ces ganglions. Koch donne, à ce sujet, toute une série de faits, parmi lesquels nous devons relever les observations de Lassart et de Mermet. Dans ce deuxième cas, il s'agissait d'un œdème éléphantiasique du scrotum et du membre inférieur gauche, apparu après une adénite suppurée, compliquant une blennorrhagie. Tout ceci venant d'ailleurs à l'appui d'expériences anciennes de Connheim, destinées à bien établir le rôle des lymphatiques dans la résorption.

Et, d'autre part, les travaux de Bayer semblent établir que les extirpations des ganglions lymphatiques peuvent amener un œdème durable dans les régions voisines, si ces extirpations s'accompagnent d'inflammation ou d'un processus cicatriciel dans tout le tissu conjonctif. Toutes ces conditions sont pourtant bien remplies quand on a affaire à de l'adénite ou à de la périadénite de l'adénopathie chancreuse. On peut donc comparer très exactement cet esthiomène à l'éléphantiasis ulcéreuse des extrémités, telle que l'a décrit Virchow. Quant aux rapports du chancre simple avec l'esthiomène, sur lesquelles Jacobi a particulièrement insisté, ils ne sont pas douteux. Mais tout autre processus ulcéreux, syphilitique ou autre, peut aboutir au même résultat.

En ce qui concerne la syphilis, on peut établir une comparaison entre les lésions ulcéreuses et hypertrophiques et le syphilome ano-rectal, tel qu'il est décrit par les auteurs français en général. L'observation que nous publions plus loin montre toutefois qu'il faut s'arrêter dans cette voie, car la malade qui a fait le point de départ de ce travail présentait un esthiomène ano-rectal à développement inusité sans traces de sténose.

Nous ne reproduirons pas la longue étude que

fait ensuite Koch du lupus de la vulve, comparativement à l'esthiomène vrai, cela dépasse le cadre étroit où nous devons nous cantonner. Il y a d'assez nombreuses contestations sur le point de savoir où siège, dans le cas que nous envisageons, l'obstacle au retour de la lymphe. Sur ce qui précède, on a conclu qu'il fallait le chercher, soit dans les ganglions, soit dans les altérations péri-ganglionnaires, mais cela n'est pas absolument certain pour tous les cas, en particulier pour ceux où les phénomènes ganglionnaires qui accompagnent l'esthiomène n'offrent qu'une faible intensité. On doit admettre que si la théorie soutenue par Koch est vraie, il y a d'autres mécanismes capables d'aboutir au même processus. Weilsch, étudiant l'éléphantiasis vulvaire et ses rapports avec les sténoses syphilitiques du rectum, arrive à ces conclusions : que dans le cas qu'il envisage, il y a trouble général dans la circulation lymphatique, qu'il y a stase par lésion diffuse et oblitérante du système sanguin et du système lymphatique. Par suite, il admet implicitement que l'obstacle au retour de la lymphe est situé bien avant l'arrivée des canalicules lymphatiques dans les ganglions. MM. Audry et Dalous énoncent un avis de ce genre, mais qui s'applique seulement aux petits lymphangiomes qu'ils ont décrits. Ils pensent

que, chez notre malade, l'obstacle au retour de la lymphe étant constitué par des infiltrats, inflammations lentes et denses qui étaient systématisées autour des lymphatiques des couches profondes du derme. Il est, d'ailleurs, permis de se demander si ce mécanisme n'est pas exceptionnel. Dans cette hypothèse, ce serait là l'origine des lymphangiomes qui seraient eux-mêmes secondaires aux lésions inflammatoires. En effet, on peut comparer un tel cas à quelques observations de varices lymphatiques consécutives à des lésions ganglionnaires. Pour n'en citer que deux, nous rappelons les malades cités par Held et qu'il a présentés, en 1901, à la Société de dermatologie de Berlin. Il s'agissait de deux individus, chez lesquels il y avait eu suppuration et extirpation ganglionnaires, dans un cas, après une blennorrhagie, et dans l'autre, après un chancre simple. Il s'agissait de deux hommes qui présentèrent bientôt de l'œdème du scrotum, sur lequel apparurent des sortes de vésicules transparentes. Mais si on ouvrait les vésicules, il s'en écoulait de la lymphe en quantité telle, qu'on pouvait en remplir un verre. On voit, de suite, combien il est facile de distinguer ce cas du nôtre, bien qu'il y ait une apparente similitude. Ici, tout le système lymphatique de la région est dilaté, rempli et béant et il se vide

par l'incision de l'une de ces soi-disant vésicules. Au contraire, chez notre malade, chacun des lymphangiomes conserve son individualité.

CHAPITRE III

OBSERVATION

La première partie de cette observation est empruntée à la thèse du Dr Cassagne, sous le titre : *Chancre simple phagédénique ano-rectal, abcès péri-uréthral.*

M. P..., âgée de vingt-sept ans, corsetière, entrée le 29 juillet 1899, salle Astruc, n° 2, dans le service de M. le Professeur Audry.

Antécédents héréditaires. — Père rhumatisant, mère morte à cinquante-neuf ans, frères en bonne santé.

Antécédents personnels. — Pas de maladies de l'enfance ni de l'adolescence, réglée à dix ans et demi et régulièrement depuis ; légère chlorose vers quinze ans, un enfant à vingt ans, fausse couche de trois mois et demi à vingt-deux ans, pas de syphilis.

Maladie actuelle. — Au commencement de juillet 1899, quinze jours après un coït, elle voit des ganglions se développer dans les deux aines : ils siègent, les uns, au-dessus de l'arcade de Fallope, et les autres, au-dessous, ces derniers, moins nombreux et moins gros que les autres. Ces ganglions, très douloureux à la pression, gênent sérieusement la marche. La défécation est douloureuse, et au moyen d'un miroir, la malade aperçoit, à l'orifice de l'anus, un bouton ulcéré.

Le 25 juillet, la malade entre à l'hôpital. La malade a pratiqué son dernier coït avec un soldat qui a été traité à l'hôpital militaire pour des chancres simples qui ont rapidement guéri. Elle nie tout rapport contre nature.

A l'examen de la malade, on trouve dans les deux aines, des ganglions gros, enflammés, douloureux et recouverts par des téguments rouge vineux. A la pression, on sent un peu de fluctuation à droite, l'examen de la vulve et du vagin est négatif. Au spéculum, on ne découvre aucun chancre, ni du vagin, ni du col de l'utérus ; mais celui-ci est gros et enflammé, de même le corps paraît augmenté de volume ; pertes blanches, abondantes, filantes, empesant le linge, règles douloureuses, sensation de pesanteur dans le bas-ventre, troubles vésicaux, douleurs à la mic-

tion, pas de blennorrhagie. En déplissant la muqueuse anale, on constate la présence de trois ulcérations dissimulées dans les plis radiés de l'anus, deux petites dans la partie postérieure, une autre à droite, allongée et pénétrant à un centimètre de profondeur environ dans la filière anale. Ces ulcérations semblent taillées à l'emporte-pièce, les bords sont déchiquetés et surplombent une surface recouverte d'une pseudo-membrane gris-jaunâtre, fournissant un pus abondant. Ces ulcérations, qui sont des chancres mous, sont très douloureuses à la pression. La malade se plaint de douleurs très vives, pendant et après la défécation. Elle souffre quand elle marche. Elle ne peut rester longtemps assise et ne dort que dans le décubitus latéral.

Traitement : On met des tampons glycerinés dans le vagin et on saupoudre les chancres d'iodoforme. Durant le mois d'août, l'état ne s'est pas amélioré, les pertes blanches continuent. La métrite est toujours intense. Les ganglions de l'aine sont tuméfiés. Tant qu'aux chancres de l'anus, ils pénètrent plus profondément et on ne peut continuer à les panser à l'iodoforme, dont l'emploi a dû être rapidement suspendu, car la malade, aussitôt après l'application de cet antiseptique, présentait un érythème instantané,

provoquant une sensation de prurit et de chaleur insupportable.

Le 3 septembre, après anesthésie au chloroforme, on fait le curettage de l'utérus pour guérir la métrite. En outre, à cause de l'intolérance absolue de la malade pour l'iodoforme, on dilate l'anus et on fait le chauffage des chancres, suivant la méthode de M. Audry, par la simple approche de la lame du thermocautère portée au rouge blanc.

Le 12 septembre, les ganglions, ayant augmenté de volume, sont en partie extirpés du côté droit. On chauffe de nouveau les chancres, on met des tampons glycerinés dans le vagin et l'on panse la plaie inguinale avec l'aristol. La guérison de la plaie ganglionnaire s'effectue lentement. Un point de la plaie continue à suppurer. Les douleurs vésicales et de la miction n'ont pas complètement disparu. Les symptômes de la métrite n'existent plus et la marche des chancres semble enrayée, la malade est obligée de quitter l'hôpital.

Au mois d'octobre, le 6, elle rentre dans le service. La plaie inguinale droite n'était pas complètement cicatrisée et du pus s'écoulait par une fistule ; dans l'aine gauche, on sentait une volumineuse tuméfaction douloureuse et fluctuante. Les ulcérations chancreuses de l'anus

ont pénétré plus profondément et atteignent la muqueuse anale jusque dans sa profondeur. Les troubles urinaires, la douleur à la défécation persistent encore, elle rend du pus et du sang dans les selles. Le 12 octobre, on opère à nouveau, anesthésie chloroformique, extirpation des ganglions du côté gauche, on dilate l'anus et on cautérise au nitrate d'argent les chancres anaux. On continue le traitement par des pansements quotidiens à l'aristol. Fin octobre, la malade veut encore quitter l'hôpital, bien que les plaies ganglionnaires continuent à laisser suinter du pus.

Vers le 24 novembre, la malade se représente à la consultation : l'état général est mauvais. La malade a maigri, elle n'a plus d'appétit et elle se sent fatiguée. Les règles ont disparu, elle continue à perdre du sang et à souffrir lorsqu'elle va à la garde-robe ; elle a un peu de diarrhée. De plus, elle présente des symptômes de rectite, pus, glaires, sang, tenesme, irradiations douloureuses dans les reins. On conseille à la malade de rentrer à l'hôpital et on lui propose une opération radicale qui est acceptée. A l'examen, sous le chloroforme, on constate, par la fenêtre du spéculum et en arrière, un énorme chancre qui remonte à $0^{m}06$ dans le rectum.

La muqueuse est décollée sur les bords de

l'ulcération, dont le fond jaunâtre, inégal, secrète du pus en abondance. Tout autour, la muqueuse rectale est rouge, enflammée, couverte de petites saillies. Ce chancre est de forme allongée et occupe tout le quart postérieur de la circonférence rectale. En avant et à droite, on aperçoit encore, dans l'anus et dans le rectum, une ulcération chancreuse indépendante de la première, mais remontant moins haut que celle-ci. Il est à remarquer que ce n'est qu'en dilatant que l'on peut apercevoir ces chancres. Lorsque l'orifice est fermé, les chancres échappent absolument à l'observation ; à peine voit-on en arrière une étroite ulcération fissuforme pénétrant dans l'anus. La marge de l'anus ne présente aucune lésion. A l'examen de la vulve et de l'anus, on constate un petit papillome sur le bord droit du méat urinaire; enfin, en suivant le canal uréthral, on trouve en arrière un petit abcès de nature indéterminée. Pas d'ulcération du vagin ou de l'utérus, celui-ci est revenu à son état normal. Du côté des ganglions de l'aine, on voit que, sous la cicatrice, persiste, autant à droite qu'à gauche, un trajet fistuleux d'une longueur de 4 à 5 centimètres.

Opération le 28 novembre, par M. le Professeur Audry.— Anesthésie au chloroforme. — On procède, d'abord, à l'extirpation de tous les

ganglions de l'aine droite et de l'aine gauche ; de ce côté, on est obligé d'aller chercher très profondément les dernières limites des ganglions enflammés. L'artère et la veine iliaque externe sont mises à nu et disséquées sur une grande longueur. A droite, les lésions sont moins considérables, on gratte à la curette les parois de l'abcès, les plaies sont ensuite bourrées de gaze iodoformée. On met ensuite la femme dans une position gynécologique, les cuisses fortement écartées et fléchies sur le bassin ; on brûle au thermocautère le petit papillome qui se trouve sur le méat urinaire et l'on ouvre l'abcès rétro-uréthral qui laisse écouler une certaine quantité de pus. On cautérise ensuite les chancres de l'anus et du rectum, et celui-ci étant bien dilaté, on pratique avec le thermocautère une rectotomie postérieure. L'incision remonte à 0,07 centimètres, coupe les sphincters et s'arrête à 0,02 centimètres du coccyx ; du pus s'écoule. Lavage abondant à l'eau chaude, gaze iodoformée, mèches dans la plaie béante, large et épais pansement ouaté ; le lendemain, état général satisfaisant, mais apparition d'un érythème intense, très prurigineux, s'étendant sur presque tout le corps, et surtout marqué aux endroits touchés par l'iodoforme. On est encore une fois obligé de renoncer à cet antiseptique, qui est

remplacé par l'aristol et du vin aromatique. Tous les jours, les plaies ganglionnaires, l'abcès rétro-uréthral et la plaie ano-rectale sont nettoyés à l'eau boriquée, lavés au vin aromatique et un peu de lint, imbibé de celui-ci, est mis dans les plaies ganglionnaires, dans l'anus et dans l'abcès rétro-uréthral. On saupoudre d'aristol et on recouvre d'un pansement ouaté. Au bout de quatre ou cinq jours, on prescrit des bains de siège d'eau chaude à 45°, d'une durée d'une heure. Ces bains sont mal supportés au début, la malade se sent prise d'angoisse, il lui semble parfois qu'elle va s'évanouir. On abaisse de quelques degrés la température du bain et l'on applique des compresses imbibées d'eau froide sur la tête de la malade, de manière à éviter une syncope. Quelques jours plus tard, les bains étant mieux supportés, on augmente leur durée (deux heures) et leur température, sans toutefois dépasser 45°. Dès lors, la cicatrisation s'effectue, la plaie se déterge et prend bon aspect, le fond rose et granuleux bourgeonne et les bords s'affaissent. Le 15 janvier, les deux plaies ganglionnaires se sont fermées. Le 20 janvier, on voit que la suppuration de la vaste plaie ano-rectale a bien diminué. L'incision de la rectotomie se comble rapidement. Du côté de l'abcès rétro-uréthral, comme il y a toujours de la suppura-

tion, on ouvre largement. On passe le crayon au nitrate d'argent sur la plaie anale, ce qui active la cicatrisation. Les parois de l'abcès voisin de l'urèthre ne se réunissent pas, la cavité persiste, mais ne suppure plus. Elle s'épidermise et il reste, de la sorte, une large brèche sur le côté gauche et postérieur du méat urinaire.

Le 7 février, l'aspect de la malade est bon, son appétit est revenu, elle a engraissé, son état moral s'est remonté, elle ne souffre plus lorsqu'elle va à la garde-robe et ses règles sont reparues avec leur durée normale. Seule, la partie inférieure de l'incision n'est pas encore cicatrisée. La malade sort de l'hôpital en bonne voie de guérison.

Elle y rentre le 11 février, elle est toujours en bon état et revient pour activer sa guérison qui, le 20 février, est de plus en plus avancée et ne représente plus qu'une question de jours. L'examen histologique, fait à cette époque, est rapporté dans la thèse de M. Cassagne. L'auteur prétend qu'il n'y a rien de bien spécial à noter. Il y a infiltration de cellules rondes, tassées les unes contre les autres dans une atmosphère plus ou moins réticulée. L'auteur constate aussi la présence de nombreuses lacunes vasculaires sanguines et quelques lymphatiques. Sur les bords de l'ulcération, on note la présence de

cellules lymphoïdes. Les capillaires néoformés sont nombreux et superficiels. Il note aussi la présence d'une flore microbienne variée.

Au mois de juillet 1900, la malade fait une nouvelle apparition dans le service : elle s'est très mal soignée pendant les derniers mois, aussi est-elle en fort mauvais état. On observe une vaste ulcération superficielle, bourgeonnante, occupant la moitié postérieure de l'anus et pénétrant dans le rectum. La malade se plaint d'une rectite violente ; les ulcérations sont profondes sur la fasse interne de la fesse gauche, à trois travers de doigt de l'anus. Une vaste ulcération bourgeonnante occupe le vestibule. Le méat uréthral s'ouvre au fond d'un entonnoir profond à parois bourgeonnantes. La défécation est extrêmement douloureuse, il y a du pus et du sang dans les selles. On fait des inoculations qui donnent un résultat négatif. On fait des cautérisations, des lavages et des lavements au nitrate d'argent qui amènent une amélioration sensible. La fesse guérit complètement, la vulve va mieux. La malade exige encore sa sortie et retombe dans sa négligence habituelle.

La malade rentre à nouveau en juillet 1902 en plus mauvais état que jamais. A l'examen, on constate des lésions nouvelles et intéressantes ; les grandes lèvres sont épaissies, les petites

lèvres œdématiées et dures ; le clitoris et son capuchon sont franchement éléphantiasiques, ils sont très gros, durs, rouges, élastiques ; le méat est toujours situé au fond d'une profonde et large ulcération à parois rouges et recouverte de bourgeons jaunes et rouges. La malade présente en même temps des phénomènes de cystite et de métrite cervicale ; la fourchette est intacte ; on remarque à l'anus, de chaque côté, une masse dure, pédiculée, irrégulière et un peu plus grosse qu'une amande ; cette masse est rouge, érodée plutôt qu'ulcérée ; sa surface interne et sa base se continuent avec la surface ano-rectale.

La presque totalité de l'anus présente une surface ulcéreuse bourgeonnante d'un rouge fauve, recouverte d'une sécrétion sanieuse jaune, fétide et abondante ; l'anus est toujours béant en arrière ; il existe de l'incontinence partielle ; l'ulcération plonge dans le rectum à une très grande hauteur. On ne peut en apercevoir la limite supérieure, car la malade refuse l'anesthésie et l'examen est très douloureux. Les sécrétions de ces ulcérations ne sont pas inoculables; sur la face interne de la fesse droite, à partir de l'anus, elle présente une coloration rosée, un certain degré d'infiltration. Sur cette surface et en pleine peau saine, on aperçoit sur la fesse, du même côté, de petites élevures ovales, d'un blanc brillant, transparen-

tes ; il en existe une demi-douzaine, elles sont formées par la réunion de plusieurs petites gouttelettes transparentes, très serrées, comparables à des vésicules perlées, mais plus nettes, plus fines, égales entre elles et remplies d'un liquide absolument aqueux. Si on pique ces élevures, il faut vaincre une réelle résistance pour faire écouler une gouttelette d'un liquide clair qui se vide par le point piqué. Ces petites lésions sont un peu sensibles au toucher. Une d'elles fut excisée et guérit très simplement sans donner lieu à aucun écoulement de liquide.

Le traitement par les bains chauds, les lavages, les cautérisations, est suivi pendant à peine quinze jours, au bout desquels la malade, fidèle à ses habitudes, sortait à peine améliorée.

Nous avons vu qu'au premier examen histologique, on n'avait pas découvert le bacille du chancre simple. Voici maintenant le résultat de l'examen histologique pratiqué sur une des élevures pseudo-vésiculeuses disposées sur la peau saine de la face interne de la fesse droite.

Fixation par l'alcool. — Inclusion. — Coupes en série. — Coloration par le bleu polychrome et le tannin orange. — Bleu polychrome et glycérine éther Mischung. — Hématéine.

A un faible grossissement, on voit que l'épiderme envoie dans le derme des prolongements

assez longs, épais, parfois anastomosés, tandis qu'en d'autres points, il est aminci et les papilles ont disparu. Au-dessous, le derme présente un aspect tout à fait caverneux, l'épiderme paraît comme soulevé par des sortes de cavités de forme et de dimensions variables, séparées les unes des autres par des bandes de tissu conjonctif lache et non infiltré de cellules rondes. Au-dessus des plus étendues de ces cavités, les papilles ont disparu, c'est entre elles qu'on voit plonger les plus longs prolongements épidermiques profonds. D'une manière générale, ces cavités sont piriformes, leur grosse extrémité en contact avec l'épiderme, leurs contours sont toujours nets et réguliers. A un fort grossissement, au microscope, on voit que l'épiderme n'offre que de faibles modifications. Cependant, la couche cornée est très mince et l'eleidine est répartie assez irrégulièrement. Quand il recouvre les plus volumineuses des cavités, l'épiderme est réduit parfois à quatre ou cinq couches de cellules fibreuses normales. Dans la zone où, grâce à l'intrication des prolongements épidermiques, il s'est formé une sorte d'espace cloisonné de cavités, à l'aspect caverneux, on voit que la membrane limitante de ces cavités est toujours séparée de l'épithélium par quelques fines fibrilles conjonctives, semblables à celles que

l'on décrira tout à l'heure. Notons, en outre, que dans un très petit nombre de points, l'épiderme contient des formations assez semblables à des globes cornés.

Dans l'étude de l'épiderme, nous distinguons deux zones.

1° Une zone superficielle, immédiatement sous-épithéliale ; elle est occupée par des cavités déjà décrites et qui lui donnent un aspect caverneux.

2° Une zone profonde. Au milieu du tissu conjonctif lache, dont les faisceaux sont dissociés par l'œdème, on voit des cavités limitées par une membrane formée par un seul plan de cellules ; par endroits, ce revêtement décollé du tissu conjonctif ambiant fait une légère saillie dans la lumière. En certains points, la surface interne est soulevée par un noyau. C'est tout à fait un endothélium qui est en contact immédiat avec le tissu conjonctif ambiant. Les cavités contiennent un précipité finement granuleux, au milieu duquel se trouvaient toujours un certain nombre de cellules lymphatiques, peu de lymphocites, des polynucléaires et de grands mononucléaires en quantité à peu près égale. Dans quelques cavités, on a trouvé une ou deux hématies. On peut suivre facilement le mode de formation de ces cavités. Elles résultent indéniablement de la dilatation des lymphatiques des couches profon-

des du derme avec lesquels elles communiquent à plein canal. Elles ont une disposition piriforme parfois très accusée, le pôle large en cul de sac étant le plus superficiel. L'endothélium qui tapisse la cavité se continue simplement avec l'endothélium du lymphatique afférent. Il ne paraît pas que les cavités communiquent les unes avec les autres.

Au-dessous, le derme offre des faisceaux conjonctifs plus denses. Il n'y a aucune altération du système vasculaire sanguin. Mais principalement autour des lymphatiques, on voit des infiltrats cellulaires parfois très denses, limphocites surtout polynucléaires et grands mononucléaires. Les mastzellen y sont exceptionnelles. Quelquefois, des infiltrats s'étendent jusqu'au voisinage des prolongements épithéliaux hyperthrophiques. Nulle part, il n'est possible de constater des rapports anormaux entre le système sanguin et le système lymphatique. Dans quelques points, on découvre dans l'épiderme une ou deux dispositions cellulaires rappelant des globes cornés.

Cette observation présente beaucoup d'intérêt au double point de vue de l'esthiomène et du lymphangiome. En premier lieu, elle témoigne très énergiquement en faveur de la manière de voir, soutenue par F. Koch, qui accuse les troubles de la circulation lymphatique déterminés

par l'extirpation des ganglions lymphatiques de l'aine, d'être la cause de « l'ulcère chronique de la vulve », c'est-à-dire de notre esthiomène. Ici, la lésion ulcéreuse a son maximum au niveau de la région ano-rectale, ce qui s'explique assez facilement par la localisation initiale du chancre simple, point de départ de tout le mal. Ce qui confère l'évidence à la théorie de Frantz Koch, c'est l'existence des lymphangiomes que nous avons signalés et étudiés. Très vraisemblablement, ils ont dû être observés cliniquement; cependant, il est à noter qu'on n'en trouve pas la mention dans les auteurs : ceux-là signalent l'existence de taches brillantes, de papules sans en indiquer la signification, de telle sorte que nous ne pouvons pas dire si l'accident en question est rare ou commun.

En ce qui touche la structure et la définition de ces productions, nous ne pensons pas qu'on puisse leur contester la nature et le nom de lymphangiomes. Ce ne sont point des lymphangiectasies vraies ; en effet, leur ablation ne laisse voir aucune trace de lymphe. La dilatation ne frappe que les territoires limités des radicules les plus superficielles du système lymphatique. Il s'agit là de lymphangiomes vrais, de lymphangiomes purs sans aucune communication avec le système sanguin. Ce dernier point les distingue des « lym-

phangiomes circonscrits » habituellement et copieusement décrits dans ces dernières années. L'existence de deux ou trois hématies dans la lumière des cavités ne comporte pas de signification à ce point de vue.

D'autre part, ce sont bien là des lymphangiomes manifestement engendrés par la stase. Cet exemple peut être invoqué par ceux qui font jouer un rôle à la stase dans la production des lymphangiomes habituels. Il est clair que l'existence d'une néoplasie lymphatique est ici très peu probable. Il y a rétention et dilatation dans la zone radiculaire des lymphatiques. Il est remarquable que ces petites tumeurs ne siégeaient point sur les parties éléphantiasiques (lèvres, clitoris), mais bien sur une surface tégumentaire peu modifiée à ce point de vue. Comment donc expliquer le mécanisme de cette stase ? A-t-elle été déterminée par l'obstruction ou par l'extirpation des ganglions, cela est possible, mais peu probable, car on s'expliquerait bien mal des localisations aussi étroites et aussi superficielles. Nous sommes amenés à penser que l'obstacle au retour de la lymphe siège en réalité dans le derme et que les lymphatiques sont comme étranglés à nouveau par les infiltrats denses que nous avons vus et décrits à ce niveau. Nous ne sommes pas en mesure de dire si les précédentes

données peuvent être utilisées pour l'interprétation des lymphangiomes circonscrits qui ont des rapports avec le système sanguin.

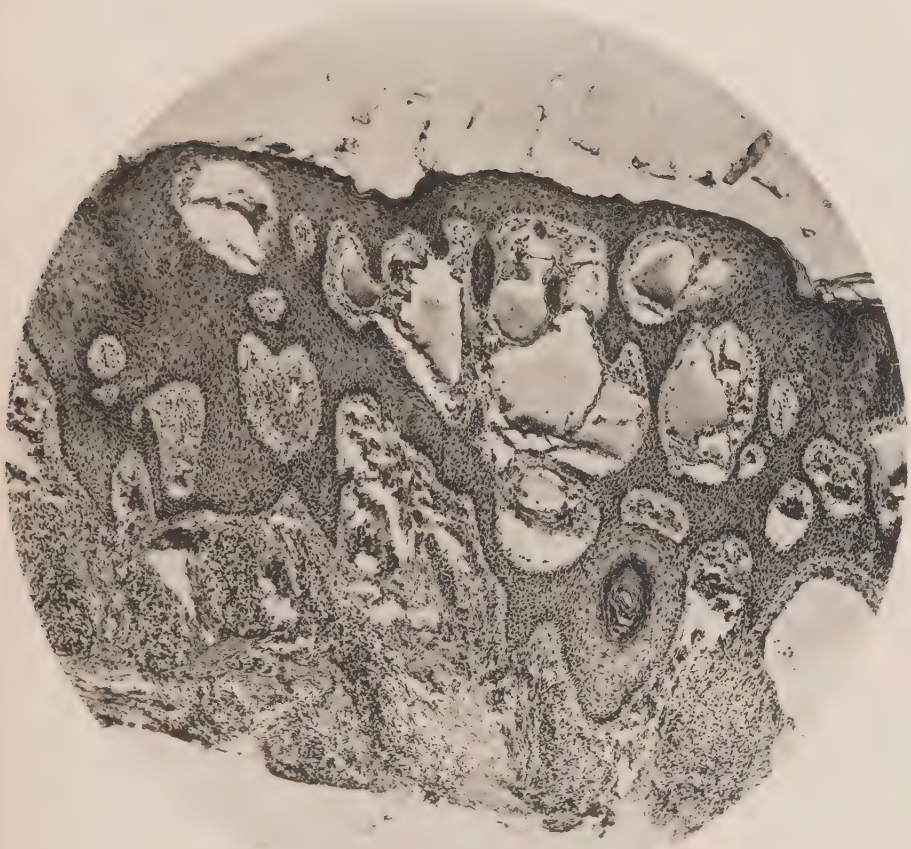
Etat actuel de la malade. — Nous avons eu l'occasion, le 17 novembre 1902, de revoir à la clinique de dermatologie la malade qui venait prendre une consultation, non pour les lésions qui font l'objet de ce travail, mais pour un impetigo de la face.

L'état général de la malade s'est amélioré d'une façon remarquable, elle est grasse, bien portante et peut travailler. Il semble, d'ailleurs, qu'elle ait renoncé au genre de vie par lequel elle avait débuté, elle se tient très propre, prend des injections chaudes boriquées tous les jours. Son incontinence uréthrale et anale a presque totalement disparu.

A l'examen, on constate que les grandes et les petites lèvres ont repris la couleur, le volume et la consistance normales. L'ulcération périuréthrale existe toujours, mais si elle est énorme, bourgeonnante, elle n'est plus sanieuse et n'infecte plus. Le clitoris et son capuchon offrent une hypertrophie qui frappe l'observateur par son volume qui est bien équivalent à celui d'une noix. L'ulcération et les traces post-opératoires ont déformé la région anale, qui ressemble plutôt à un vaste cloaque dont le pourtour est

bourgeonnant, mais là encore, s'il persiste des traces indéniables d'œdème et d'induration éléphantiasique, il y a eu une modification sensible tout à l'avantage de la malade. La coloration hortensia, si heureusement définie par Verchère, n'existe que par endroits ; ailleurs, la muqueuse est rosée. L'écoulement ou plutôt le suintement sanieux a presque disparu, les mesures de propreté que prend la malade, enlèvent toute mauvaise odeur.

Enfin, sur la fesse droite, existe toujours les perles lymphangiomateuses signalées par M. le Professeur Audry; leur volume n'a pas augmenté, elles sont de la grosseur d'une tête d'épingle, leur coloration est jaune citrin, des intervalles de peau saine les séparent les unes des autres. Nous en avons excisé une, il en est sorti à la pression un peu de liquide.



Constantin microphot.

Ad. Regnault, libraire, Toulouse

CHAPITRE IV

Du LYMPHANGIOME

Lymphangiome (de λυμφα eau, αγγειον vaisseau)[1]. — D'après Una : « Il y a lymphangiome toutes les fois qu'il y a hypertrophie des canalicules lymphatiques et apparition d'éléments de néoformation dans les fentes lymphatiques ». Cette définition, bien que se plaçant au point de vue restreint de l'anatomie pathologique, est encore celle qui peut, d'une façon précise, donner une idée nette d'une lésion si changeante, au point de vue descriptif et qui a donné lieu à tant d'interprétations.

Historique. — Wegner, en Allemagne, le premier, décrivit les lymphangiomes et les classa en trois catégories : les simples, les caverneux et les cystoïdes.

(1) Ce chapitre est inspiré de l'article de Rist (Besnier, Brocq et Jacquet : *La Pratique Dermatologique*, t. III) et aussi, comme travail d'ensemble récent : Mantegazza : *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, juillet 1902.

Chippault, en France, décrivait l'adéno-lymphocèle ou dilatation des ganglions, dilatation qu'il divisait :

en { cylindroïdes et ampullaires } des troncs { superficiels. ou profonds.

Il divisait les profonds :

en { diffus et localisés.

Il subdivisait les localisés :

en { caverneux, monokystiques et polikystiques.

Tilbury Fox et Colcott Fox, en 1879, observent des cas de lymphangiomes qu'ils décrivent sous le nom de lymphangiectodes.

1880.—Jonathan Hutchinson publie l'observation de deux jeunes gens porteurs d'hémato-lymphangiomes ; cet auteur n'emploie pas ce terme ; mais sa description est celle de cette lésion, il la dénomme *lupus lymphaticus*.

1883. — Kôbner en publie des observations en Allemagne.

1889. — Malcolm Morris publie plusieurs cas de lymphangiomes circonscrits.

L'école de Vienne, avec Hebra, Kaposi, Biésiadeki, décrivent ce qu'ils appellent le lymphangiome tubéreux multiple.

En voici la description : Ce sont de petites nodosités à surface lisse, présentant la grosseur d'une lentille en moyenne ; elles peuvent être allongées ou arrondies, leur couleur est variable du violet au brun rougeâtre. Elles sont denses, peu élastiques et faisant corps avec la peau qu'on ne peut déplacer sans elles. Ces papules ne sont pas prurigineuses, on peut les comparer à des papules syphilitiques, mais elles ne portent aucune trace de régression, de desquamation ou de dépression.

Pour Torok et Frank Noyes le processus morbide se développe aux dépens des vaisseaux lymphatiques ; ces auteurs montrent qu'il y a des formations nouvelles de l'épithélium lymphatique dans les cavités lymphatiques qui, ordinairement, en sont dépourvues ; il y a aussi des néo-formations canaliculaires et dilatation des canalicules normaux.

1891. — Besnier, étudiant histologiquement et cliniquement le lymphangiome tubéreux multiple décrit par Kaposi, ne l'admet pas dans la classe des lymphangiomes, et classe cette

affection dans les idradénomes éruptifs ou cystadénomes épithéliaux bénins.

Les lymphangiomes, où l'élément vasculaire sanguin prédomine, sont classés par Besnier sous le nom de hématangiomes lymphangiectoïdes ou angiomes papillaires de la couche lacunaire du derme qu'il rapproche des verrues lymphangiectasiques que Mibelli et Dubreuilh avaient déjà décrits. Pour Jacquet, l'élément vasculaire sanguin dans l'hématangiome existe toujours; si le contenu des vésicules devient clair, c'est peu à peu, en même temps, que la disparition des éléments sanguins.

Au congrès de Berlin, en 1890, Schmidt et Bock n'admettent en aucune façon la nature lymphatique des lymphangiomes circonscrits qui, pour eux, seraient de nature sanguine, et pour cette raison, ils les dénomment angiomes kystiques de la peau. Mais Torôk et Freudweiler, par des arguments histologiques convaincants, démontrent la nature lymphangiomateuse de la lésion.

1899. — Brocq et Bernard admettent bien le lymphangiome comme de nature lymphatique, mais ils démontrent que l'élément sanguin prend une large part dans sa constitution.

Besnier sépare l'hématangiome lymphangiomatoïde ou lymphangiome circonscrit des nœvi propres à certaines races. Dans ce dernier cas,

la lésion superficielle est un angiome lymphatique. Mais, au-dessous de cette surface, il y a de la pachydermie qui évolue à la manière de l'éléphantiasis. C'est le lymphangiome pachydermique.

Description clinique du lymphangiome. — En principe, le lymphangiome ne devrait pas avoir de siège spécial, puisque la lymphe irrigue indistinctement tous nos organes. Cependant, il est des points où son apparition est fréquente, d'autres où jamais on ne l'a signalée. Deux raisons nous semblent présider à ce choix. La première, qui est de beaucoup la plus importante, c'est la richesse de la circulation lymphatique, la proximité des amas ganglionnaires ; cette localisation tombe sous le sens quand on a étudié la pathogénie du lymphangiome. La seconde, qui peut paraître spécieuse, c'est la finesse de la peau qui servirait peut-être à mettre en évidence la lésion qui n'est en somme bien apparente qu'après un examen minutieux. Justement, il se trouve que les régions qui répondent à ces deux conditions sont les mêmes, d'abord et surtout le pli inguinal et le territoire que les amas ganglionnaires inguinaux commandent, c'est-à-dire la face interne des cuisses, les organes génitaux, le périnée et le pourtour anal. En second lieu, vient la région du cou et de la face. Et enfin, la

région axillaire. Il nous semble que si les lymphangiomes apparaissent si fréquemment dans la région commandée par les ganglions inguinaux, c'est en raison des adénites provoquées par les accidents vénériens, chancre syphilitique, chancre mou, blennorrhagie qui, naturellement, y apparaissent. La région faciale étant également un endroit de prédilection pour ces sortes d'accidents, il est naturel qu'elle vienne en second lieu. Dans les régions précitées, on observe des plaques souvent érythémateuses, mais dont la coloration ne se distingue en rien de la peau environnante. La grandeur de ces placards est variable depuis la dimension de la paume de la main jusqu'à celle d'une pièce de un franc et même moins. Sur ces régions, on observe des vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle, ces vésicules peuvent être nettement séparées les unes des autres ou conglomérées. Elles perdent alors leur forme bulleuse, arrondie, qui les a fait comparer si justement à des perles pour prendre les formes les plus variées. En effet, la pression réciproque qu'elles exercent les unes sur les autres les aplatit ; par endroits même, il semble que la cloison qui les séparait primitivement se soit rompue, elles deviennent plus grosses et plus allongées, elles prennent l'aspect vermiculaire.

Leur coloration est généralement claire ou faiblement jaunâtre, quelquefois absolument transparente. L'épiderme qui recouvre ces vésicules peut subir des modifications, c'est ainsi qu'il peut être épaissi et donner aux perles une apparence verruqueuse ou bien, au contraire, il peut être aminci. Mais ce qui est le plus remarquable dans la constitution des vésicules, ce qui, en changeant leur apparence, a donné lieu à maintes interprétations, c'est l'intervention de l'élément sanguin. En effet, on peut observer, sur la surface convexe de la perle, de minces vaisseaux qui forment un réseau vasculaire, qui, en donnant une coloration brune à la vésicule, la différencie de ses voisines. D'autres fois, l'élément vasculaire intervient à la base des vésicules ; on observe alors, par transparence, un point bleu ou rouge dans le fond de la vésicule, il y a eu télangiectasie vasculaire sanguine au point d'implantation.

La différence de coloration des vésicules peut aussi porter sur un autre élément que sur la particiption de la vascularisation sanguine de l'enveloppe ou du point d'implantation. Le contenu des lymphangiomes qui, ordinairement, est clair ou jaune citrin, peut devenir rouge par le fait d'une rupture d'un des vaisseaux. Ces simples constatations anatomo-pathologiques

suffisent maintenant pour comprendre pourquoi certains auteurs, Jacquet en particulier, voulaient que le contenu des lymphangiomes ne fût que du sang décoloré, dont les éléments avaient été résorbés et déniaient toute participation active à la lymphe. Nous avons vu comment Brocq et Bernard avaient fait justice de cette erreur.

Évolution et marche. — Le lymphangiome évolue lentement et sournoisement, le malade qui ne souffre pas autrement, ne se présente au médecin que quand il a constaté *de visu* l'existence de sa lésion. Cependant, certains auteurs ont eu la chance d'assister à l'évolution complète du lymphangiome. Sur la peau, au niveau du thorax ou des cuisses de préférence, mais aussi sur la muqueuse bucco-pharyngée, apparaissent des plaques de différentes dimensions et qui ne se distinguent de la peau environnante que par leur coloration jaunâtre. Cependant, peu à peu, le placard se soulève au-dessus des régions avoisinantes et son existence peut maintenant être constatée au doigt. Si on perce la peau en cet endroit, on sent une sorte d'épaississement dermique. L'œil peut alors, à un examen minutieux, découvrir, dans la profondeur du derme, des petits grains grisâtres, dont le centre brillant s'entoure d'anneaux concentriques à éclat plus mat.

C'est ainsi que, peu à peu, par une transaction lente, le lymphangiome passe à son second stade, celui que nous observons le plus ordinairement. En effet, des kystes transparents apparaissent ; tantôt, ils surgissent de la peau en masse et sont conglomérés ; tantôt, ils apparaissent les uns après les autres, laissant entre eux des surfaces de peau saine. Dans le premier cas, nous avons vu qu'ils perdaient leur aspect perlé et que, par pression réciproque, ils pouvaient rompre les cloisons séparatives et prendre alors la forme allongée ou étoilée. Cette différenciation de forme apparaît en même temps que les changements de couleur ; les perles, en effet, ne sont plus uniformément jaune citrin, il y en a de rouges, de bleues, de violettes; nous savons que les télangiectasies sanguines sont la cause de ces colorations. Pendant que ces stades se succèdent ainsi lentement, on voit apparaître des phènomènes régressifs particulièrement notables autour des grosses vésicules, mais aussi autour des éléments jeunes. Cette régression lente se sent d'abord au doigt, la perle que nous avons décrite, bombée, élastique à la pression, perd peu à peu cette consistance ; elle se déprime facilement, l'épiderme qui la recouvre n'a plus cet aspect lisse, il se ride, le contenu, jusqu'alors clair, se trouble, et peu à peu les grosses

bulles se recroquevillent, s'aplatissent presque complètement, mais restent encore au-dessus du niveau de l'épiderme, tandis que les petites rétrocèdent parfois complètement et s'affaissent de plus en plus, de façon qu'à leur place existe une fossette ; la seule trace qui marquera leur emplacement, n'est plus qu'une petite dépression jaunâtre, irrégulière. Les télangiectasies que nous avons signalées suivent la même marche régressive, simultanément avec les lymphangiomes purs. Leur contenu devient de plus en plus foncé, en même temps que le contenant se rétracte. Mais ces télangiectasies ne disparaissent pas complètement, le sang se coagule, il ne s'écoule plus rien à l'ouverture des bulles, mais l'examen microscopique fait reconnaître un dépôt d'éléments sanguins dans leur intérieur.

Anatomie pathologique. — Dans le lymphangiome, l'épiderme est peu atteint, il est réduit à deux rangées de cellules. Mais la lésion est surtout cantonnée au corps papillaire. Cette région est surtout occupée par des canalicules lymphatiques ectasiés. Dans la couche sous-papillaire, il existe d'autres cavités plus petites ; elles s'ouvrent dans les canalicules lymphatiques qui sont variqueux ; l'exagération de ces varicosités produit des cavernes, le tout est tapissé d'un endothélium, même les fentes lym-

phatiques qui, à l'état normal, sont dépourvues de ce revêtement, ont un épithélium de néo-formation. A l'intérieur de ces cavernes, comparables à des kystes, on trouve de la lymphe qui peut être pure, mais qui contient aussi quelquefois des éléments sanguins et même des cellules géantes. A côté de cette ectasie lymphatique, il est souvent facile d'observer une ectasie d'origine vasculaire. Cette dilatation générale des vaisseaux lymphatiques et sanguins, l'épaississement que subissent les parois des vaisseaux, les canalicules de néo-formation, donnent un aspect particulier à la coupe de la peau qui ressemble à du tissu érectile, à du tissu caverneux. Le tissu conjonctif qui semble avoir élargi ses mailles, est baigné dans une atmosphère de cellules rondes et de cellules fusiformes ; on y trouve aussi des amas de substance colloïde. Toutes ces néoplasies, et surtout l'existence de lymphatiques dans la couche sus-papillaire, où il n'en existe pas ordinairement, prouvent suffisamment le caractère néoplasique du lymphangiome.

Anatomie pathologique des lymphangiectasies secondaires. — A côté de l'étude anatomo-pathologique des lymphangiomes que nous venons de décrire, il nous semble nécessaire de placer celle des lymphangiectasies secondaires qui se déve-

loppent consécutivement à des difformités congénitales siégeant dans le tissu sous-cutané, cas qui se rapprochent de l'éléphantiasis congénitale. Ces lésions se développent lentement et apparaissent seulement à l'âge adulte, elles n'atteignent ni le volume ni l'importance des higromas kystiques, des fentes branchiales, de la macrochilie ou de la macroglossie, qui sont d'origine congénitale. Plusieurs auteurs, Gjorgewicz, Peters Klebs ont publié des observations où le processus, d'abord développé dans le tissu sous-cutané des membres inférieurs ou des grandes lèvres, avait gagné progressivement la peau pour produire à la surface des poussées vésiculeuses périodiques. Una a décrit un cas où, à la suite d'un coup à la jambe gauche, il était survenu, douze ans après, des lymphangiomes au niveau de la cicatrice.

Des faits semblables ont été cités par les auteurs après la filariose, après le lymphangiome scrotal de Manson, après l'éléphantiasis tropicale ou nostras, après l'érysipèle récidivant, et nous citerons ici le cas de la jeune fille dont Darier cite l'observation qui, après plusieurs poussées érysipélateuses, eut une éruption vésiculeuse aux lèvres inférieure et supérieure et sur la face muqueuse de la joue. L'examen microscopique fit découvrir les cavités pathologiques dans la

région sous-papillaire, les cavités les plus grandes correspondant à la base de quatre ou cinq papilles, les plus petites à la base de deux papilles. Ce n'étaient pas des kystes, mais des cavités ampullaires communiquant entre elles et donnant l'image de tissu caverneux tapissé d'un endothélium continu et très mince. C'étaient des cavités lymphatiques, variqueuses et anastomosées remplies de lymphe avec des traces de sang.

Darier cite un autre cas où une syphilitique eut, à la suite d'accidents, des varices lymphatiques de la bouche, des lèvres et des joues.

Ce sont là des cas de varices lymphatiques d'origine mécanique, dues probablement à un rétrécissement, à une oblitération des voies d'écoulement de la lymphe, à un nœud de lymphangite oblitérante, ou plus vraisemblablement à une sclérose des ganglions lymphatiques.

Dans les cas de lymphangiome tubéreux multiple de Pospelow, qu'il ne faut pas confondre avec ceux de Kaposi cités plus haut, une jeune fille de 23 ans, porteuse, depuis sa naissance, sur le sein gauche, d'une tuméfaction de la grosseur d'un œuf de pigeon, vit apparaître des éléments de couleur rosée, à parois lisses et de la grosseur d'un haricot ; ces productions étaient isolées à la face et au cou et on pouvait les déprimer. En

les excisant, il sortait du sang, de la lymphe et une substance nacrée.

L'examen microscopique faisait découvrir le tissu cutané criblé de cavités en forme de canaux et de fentes. Les plus grandes de ces cavités siégeaient dans l'hypoderme, les plus petites se localisaient jusqu'au niveau du corps papillaire atrophié ; le tout était tapissé d'un endothélium. Ces cavités contenaient des globules blancs.

Pathogénie du lymphangiome. — Avant d'approfondir la question de la pathogénie du lymphangiome, il nous semble bon d'émettre les deux théories qui longtemps divisèrent les auteurs.

Les uns attribuent la formation du lymphangiome à la stase lymphatique, stase qui, dans leur idée, venait toujours d'adénites simples ou suppurées ou mieux encore d'extirpation des groupes ganglionnaires, commandant la région ; peu leur importait l'origine de cette adénite même, qu'elle fût d'origine microbienne comme dans le chancre simple, dans la blennorrhagie ou dans la tuberculose ou qu'elle fût seulement d'origine traumatique. Les néoformations pour eux étaient de second ordre.

Pour d'autres auteurs, parmi lesquels nous citerons Torok, qui a la priorité de la théorie, l'adénite existe forcément dans les antécédents

d'un sujet porteur de lymphangiomes ; mais la stase lymphatique aurait peu d'importance, si elle existe seule ; il faut qu'il y ait les néoformations canaliculaires lymphatiques que nous avons décrites dans l'anatomo-pathologie, pour qu'il y ait apparition de lymphangiomes. Nous savons, d'autre part, que la stase causée par la compression faite sur un gros tronc lymphatique, serait-ce le canal thoracique lui-même, ne provoque même pas d'œdème, à plus forte raison de lymphangiectasies.

Les recherches de Nasse, d'Esmarch n'ont donné aucun résultat au point de vue de la stase, dans des cas bien caractérisés de lymphangiectasies. Cependant, le cas que cite Darier d'une strumeuse qui, après des poussées successives d'un érysipèle récidivant, et chez laquelle il découvrit des varices lymphatiques, à côté de ganglions engorgés, serait en faveur de la stase.

Freudweiler admet la théorie de Torôk ; pour lui, il y aurait bien néoformation canaliculaire, cette néoformation amènerait la stase, qui elle-même serait cause des lymphangiectasies. Una fait intervenir un autre élément que les néoformations lymphatiques ; pour lui, il y aurait toujours participation du système sanguin ; et pour qu'il y ait lymphangiome il serait nécessaire qu'il y eût, non seulement stase lymphatique, mais qu'il

eût aussi stase sanguine. Il y aurait en plus une faculté anormale de prolifération endothéliale et périthéliale.

Ces auteurs peuvent avoir raison partiellement; le tort qu'ils ont eu est de ne pas avoir distingué les différentes sortes de lymphangiomes.

D'après Rist, en effet, il y aurait deux sortes de lymphangiomes. D'abord, le lymphangiome circonscrit qui est congénital, considéré comme un nœvus, comme une difformité cutanée ; pour cette lésion, la pathogénie serait obscure, mais on doit surtout incriminer les néoformations endothéliales.

Dans une deuxième catégorie, il place les lymphangiomes superficiels, lymphangiomes purs, qui correspondent à ceux trouvés sur notre malade, ceux qui sont consécutifs à une infection, — que ce soit le paludisme, le chancre mou ou un érysipèle à répétition, — ou même à un simple traumatisme ; pour ceux-là, l'élément pathologique est certainement la stase.

On pourrait, à côté de ces deux classes, en créer une troisième, celle à laquelle pensait Una en formulant sa théorie et que nous dénommerions les hémato-lymphangiomes et dont la cause serait la stase veineuse et lymphatique.

Diagnostic. — L'ensemble des lésions que nous avons décrites longuement dans le chapi-

tre précédent ne permettent guère de confondre le lymphangiome avec une autre maladie. La difficulté est de reconnaître la lésion qui, en somme, est assez rare. On pourrait songer à une méprise avec l'éléphantiasis, mais la marche lente, torpide, qui, nous l'avons vu, peut être inconnue du malade lui-même, séparent nettement le lymphangiome de cette maladie. De plus, ici, les lésions ne sont que superficielles, tandis que là elles sont profondes. Si on fait une piqûre à une vésicule lymphangiomateuse, c'est avec peine qu'on en fait sortir le contenu ; d'ailleurs, la cicatrisation est rapide ; dans l'éléphantiasis, au contraire, il y a de la lymphorrhée au moindre traumatisme. La congénitalité, la coexistence *de nœvi*, l'association avec l'angiome vasculaire, sont autant de signes à rechercher et qui ne peuvent laisser de doutes.

Traitement. — Les lymphangiomes disparaissent de même qu'ils apparaissent avec une extrême lenteur. On a employé contre eux les moyens radicaux de la chirurgie. Les cautérisations au thermocautère, au nitrate d'argent, ont été employées. Quelques auteurs conseillent l'excision pure et simple, mais il est souvent difficile de faire consentir le patient à une intervention sanglante pour un mal dont il ne souffre

pas. Dans ces dernières années, on a essayé avec succès l'emploi de l'électricité.

CHAPITRE V

Rapports de l'Esthiomène et du Lymphangiome

Confirmation de la Stase Lymphatique.

Nous avons vu, dans la description clinique générale de l'esthiomène, combien étaient importantes les lésions éléphantiasiques attribuées par les auteurs à la stase lymphatique. L'examen histologique fait sur une des lésions de la malade, qui est le sujet de cette étude, a permis également de découvrir des lymphangiomes purs sans lymphorrhée consécutive quand on les ouvre, ce que Mantegazza donne comme un des éléments de différenciation du lymphangiome et des lymphangiectasies. Il est donc intéressant, après avoir étudié, dans deux chapitres précédents, l'esthiomène et le lymphangiome, d'essayer, dans une étude d'ensemble, de voir quels rapports ils présentent entre eux.

Au point de vue étiologique, nous examinerons

d'abord quelles considérations peuvent les faire rapprocher. Si toutes les causes qui amènent le lymphangiome n'amènent pas l'esthiomène, on peut dire que toutes les causes qui amènent l'esthiomène peuvent amener le lymphangiome. Nous allons successivement les passer en revue.

D'abord, les traumatismes. — Nous avons vu que, pour beaucoup d'auteurs, Fiocco, en particulier, la lésion primordiale de l'esthiomène était de peu d'importance, qu'un simple grattage suffisait, parfois, pour créer une lésion, que la malpropreté entretenait. Nous savons, d'autre part, qu'il n'en faut pas plus pour créer une adénite suffisante pour amener un lymphangiome.

Les maladies vénériennes : syphilis, blennorrhagie, chancre mou, surtout ce dernier, ont été incriminées, à juste titre, comme cause de l'esthiomène ; nous savons, d'autre part, de quelle fréquence sont l'adénite et la périadénite dans ces différentes maladies, et, d'autre part, de quelle influence sont ces phénomènes dans la production du lymphangiome.

Au point de vue pathogénique, nous savons, par l'analyse du chapitre de Frantz Koch, quelle importance cet auteur attachait à l'extirpation des paquets ganglionnaires inguinaux dans la

production de l'esthiomène. Une simple adénite, suppurée ou non, du moment qu'elle entrave la circulation lymphatique, serait suffisante pour créer l'*ulcus vulvæ*.

D'autre part, la stase lymphatique causée, soit par une inflammation d'origine infectieuse ou traumatique, soit par une néoplasie d'origine congénitale, amènerait le lymphangiome.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous avons vu que dans l'esthiomène, de même que dans le lymphangiome, l'épiderme est à peu près respecté ; il peut être diminué de volume, mais les lésions importantes portent sur le derme et surtout sur la couche sous-papillaire. Le tissu conjonctif du derme est généralement modifié dans les deux maladies : il y a toujours invasion d'éléments anormaux, lymphocites, cellules rondes, cellules fusiformes, qui nagent dans une sérosité. Le tissu conjonctif du derme est moins lésé dans le lymphangiome que dans l'esthiomène; dans cette dernière maladie, il peut être remplacé par des tissus de néo-formation. Mais où la différenciation devient difficile à faire, c'est dans l'étude des vaisseaux lymphatiques et sanguins qui irriguent les parties atteintes dans le lymphangiome et dans l'esthiomène.

Au point de vue pathogénique, nous avons vu que la stase lymphatique devait seule être

incriminée, que si son étiologie changeait, si le point amenant la stase pouvait être discuté, la stase seule était la cause véritable du lymphangiome que nous étudions. D'autre part, notre but étant de montrer que, dans l'esthiomène, il y avait parfois des lymphangiomes que nous avons décrits dans notre observation. De même, nous avons montré que l'examen histologique de la lésion esthioménique, ne permet pas de douter de l'origine de ces lymphangiomes. Pour ces diverses raisons, il nous semble juste de faire de la stase lymphatique, cause de l'ulcère de la vulve, l'élément pathogénique principal du lymphangiome. Ce qui veut dire que le lymphangiome pur est un phénomène parfois observé dans l'esthiomène et qu'il reconnaît, dans ce cas, la même cause que la lésion principale, c'est-à-dire la stase lymphatique. D'une façon générale, ces lésions peuvent être aussi rapprochées par la lenteur de leur évolution, la torpidité de leur marche, l'insouciance du sujet à leur égard, leur compatibilité avec la bonne santé générale du malade. Si nous devons faire une distinction au point de vue descriptif général, à cause des lésions ulcéreuses de l'esthiomène, nous savons que ces lésions sont d'un ordre particulier et qu'elles précèdent de beaucoup les lésions propres à l'esthiomène. Si elles persistent, c'est

justement à cause de la stase lymphatique, mais, en réalité, bien que ces ulcérations soient les lésions plus apparentes, les plus frappantes pour l'observateur, elles sont secondaires au point de vue pathogénique. Ceci semble démontrer par un simple coup d'œil jeté sur l'historique ; en effet, on a parlé de tuberculose de la vulve, de phagedenisme, d'ulcère éléphantiasique de la vulve, jusqu'au jour où on a découvert le rôle primordial de la stase lymphatique, époque à laquelle le mot esthiomène, en même temps qu'il suscitait une idée d'ulcération, faisait songer surtout à une désorganisation dans la circulation lymphatique.

On se souvient, en effet, quel obstacle avait opposé aux auteurs l'étude des lésions des canalicules lymphatiques dans la pathogénie du lymphangiome, ainsi que des diverses théories exposées par les auteurs se basant toutes sur la stase et la néoformation. On sait aussi les différents avis émis sur la pathogénie de l'esthiomène et qui ont été résumés dans cette seule phrase : la staselymphatique. Dans ces affections, en effet, l'étude microscopique d'une coupe des deux lésions fait songer, par la dilatation des cavités lymphatiques, par l'exagération du calibre des canalicules, par les néoformations endothéliales et périthéliales à du tissu caverneux.

Nous avons vu que le système veineux était atteint au même titre.

Conclusion. — Il faut essayer de donner une conclusion pratique à cette étude. Si l'on voulait faire une déduction qui semblerait logique au premier abord, on serait amené à croire que les interventions sur les ganglions lymphatiques doivent être considérées comme dangereuses. En réalité, il n'en est rien. Nous avons vu, dans le cours de ce travail, une des observations rapportées par Koch, dans laquelle la malade n'avait pas subi d'intervention et qu'il présentait seulement une inflammation des ganglions inguinaux. Par suite, le seul fait d'une désorganisation avancée des paquets ganglionnaires est dangereuse, au même titre, dans la production de l'esthiomène, qu'une extirpation ganglionnaire. Il existe d'ailleurs des cas où l'envahissement ganglionnaire est à peine noté au cours de l'esthiomène. Enfin, nous croyons, sans doute, que la stase lymphatique d'origine ganglionnaire, de quelque part qu'elle vienne, soit apte à favoriser l'apparition de l'*ulcus vulvæ*, mais nous ne pensons pas pour cela que la seule extirpation ganglionnaire suffise à engendrer cette stase.

Held, à la Société de Dermatologie de Berlin, le 5 novembre 1901, a présenté deux hommes auxquels on avait enlevé tous les ganglions in-

guinaux : l'un, pour adénite blennorrhagique ; l'autre, pour adénite chancreuse.

Deux ou trois mois après, fièvre, gonflement des organes génitaux, apparition de petites vésicules d'où s'écoulait un liquide séreux, dont la quantité remplissait parfois un verre ; c'était là des lymphangiectasies (et non des lymphangiomes), dont il faisait remonter l'origine aux ablations ganglionnaires. A ce sujet, Lesser soutint que l'extirpation totale des bubons était dangereuse à cause des accidents et il résuma l'observation d'une jeune fille qui avait eu de semblables phénomènes à la suite d'extirpation de bubons tuberculeux.

On peut rapprocher ces faits de ceux de Mermet, etc., mais il faut considérer qu'on a vu de semblables faits après des adénites qui ne furent pas extirpées, comme cela s'est produit pour l'esthiomène. Sans doute, au cours de la discussion citée, Adler, déclara que l'éléphantiasis n'était à craindre que si on extirpait les ganglions profonds, mais cela ne paraît pas certain.

En fait, il est extrêmement rare qu'une extirpation des ganglions soit totale et bilatérale. Est-ce pour cette raison que les accidents du genre de ceux qu'on vient de signaler sont si rares ?

M. le professeur Audry pense que les chirur-

giens peuvent continuer à enlever des ganglions lymphatiques sans le moindre remords. Personnellement, il a fait ou a fait faire à la clinique de dermatologie et de syphiligraphie de Toulouse, des centaines d'extirpations d'adénites inguinales. Notre cas est le seul où l'on ait observé la production bien caractérisée de l'ulcère chronique ou de toute autre complication comparable.

Toutefois, pour être absolument exacts, nous devons à la vérité de dire que la plupart des extirpations ont eu des hommes pour sujets. Ce qui peut donner à penser que la circulation lymphatique de la zone vulvaire est peut-être influencée d'une manière plus active que celle des régions génitales de l'homme. (1)

(1) Cf. Fournier, th. de Toulouse 1897 : Sur l'extirpation du bubon satellite du chancre simple.

CONCLUSIONS

I. — Il est possible de rencontrer un voisinage des ulcérations qui constituent l'esthiomène des productions vésiculeuses. Dans le cas particulier que nous venons d'étudier, ces productions étaient localisées à la fesse droite.

II. — Ces productions vésiculeuses ont la structure du lymphangiome pur, sans participation du système sanguin.

III. — Ces lymphangiomes sont très probablement engendrés par la stase lymphatique.

IV. — Cette stase lymphatique est elle-même l'origine d'un certain nombre de cas d'esthiomène.

V. — Cette stase lymphatique a pour cause fréquente l'obstacle apporté dans le cours de la lymphe par l'ablation ou les lésions des ganglions inguinaux.

VI. — Il est très probable que d'autres causes periphériques sont également susceptibles d'entraver la résorption de la lymphe. Il est pos-

sible que ce dernier mécanisme puisse être invoqué pour expliquer la production des lymphangiomes.

Vu :
Le Président de la Thèse :
AUDRY

Le Doyen,
Pour le Doyen,
L'Assesseur,
Dr FRÉBAULT

Vu et permis d'imprimer,
Toulouse, le 1er Décembre 1902.
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
PERROUD

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

PRÉFACE 5

INTRODUCTION 6

CHAPITRE PREMIER

Description générale clinique de l'Esthiomène 8

CHAPITRE II

Du rôle de la stase lymphatique dans la pathogénie de l'esthiomène. 23

CHAPITRE III

Observation 30

CHAPITRE IV

Du lymphangiome 49

CHAPITRE V

Rapports de l'esthiomène et du lymphangiome. Confirmation de la stase lymphatique 67

CONCLUSIONS 75

Toulouse. – Imprimerie M. Cléder, rue de la Pomme, 23.